

Aus der Klinik und Poliklinik für Psychotherapie
der Johannes Gutenberg-Universität Mainz

Direktor: Professor Dr. med. D. Langen

Merkmale der frühkindlichen Umwelt bei Patienten mit Asthma bronchiale oder mit Magensymptomatik

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde
der Hohen Medizinischen Fakultät
der Johannes Gutenberg-Universität Mainz

vorgelegt von
Ingrid Darmstädter, geb. Cullmann
aus Maikammer

Mainz 1972

Digitized by the Internet Archive
in 2026

Aus der Klinik und Poliklinik für Psychotherapie
der Johannes Gutenberg-Universität Mainz

Direktor: Professor Dr. med. D. Langen

Merkmale der frühkindlichen Umwelt bei Patienten mit Asthma bronchiale oder mit Magensymptomatik

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde
der Hohen Medizinischen Fakultät
der Johannes Gutenberg-Universität Mainz

vorgelegt von

Ingrid Darmstädter, geb. Cullmann

aus Maikammer

Mainz 1972



Fachbereichs-Dekan:

Prof. Dr. med. J. Fischer

Referent:

Prof. Dr. med. D. Langen

Korreferent:

Prof. Dr. phil. Dr. med. S. Koller

Inhaltsübersicht

Einführung in die Problematik	S. 2
Literaturzusammenstellung zum untersuchten Fragekomplex	S. 3
Untersuchungsgut und primäre Datenerhebung	S. 9
Eigene Untersuchungen	S. 12
1. Methode	S. 12
2. Ergebnisse	S. 15
Diskussion	S. 21
Zusammenfassung	S. 26
Anhang (Tabellen)	S. 28
Literaturverzeichnis	S. 41

Einführung in die Problematik

Die Psychotherapie und die psychosomatische Medizin arbeiten mit einer Reihe von Hypothesen:

1. Umwelteinflüsse sollen ursächlich körperliche Funktionen beeinflussen, wenn sie auf die Psyche einwirken.
2. Umwelteinflüsse in den ersten fünf Lebensjahren seien von besonderer Bedeutung.
3. Bronchialasthma und Magenbeschwerden sollen durch Umwelteinflüsse hervorgerufen und unterhalten werden können.

Jede dieser Hypothesen soll in vorliegender Arbeit erläutert werden. Es wird mitgeteilt, wer sie vertritt und welche Beobachtungen sie bestätigen.

Zuletzt werden diese Hypothesen an einem Krankengut von 840 Patienten überprüft.

Literaturzusammenstellung zum untersuchten Fragenkomplex

1. Den ersten Beweis, daß Umwelteinflüsse auf körperliche Funktionen wirken, erbrachten die Versuche Pawlows. Jedesmal, bevor ein Hund gefüttert wurde, ertönte ein Glockenzeichen. Während der Fütterung stellte sich eine erhöhte Magensaftproduktion ein. Später, als der Hund sich an die Kombination "Glocke - Fressen" gewöhnt hatte, verstärkte sich die Magensaftsekretion auch dann, wenn nur die Glocke ertönte. Das ganze Geschehen lief über einen Vorgang ab, der dann sprachlich wenig geschickt als "bedingter Reflex", korrekter als "erlernte Reaktion" bezeichnet werden sollte (LANGEN 1970 a, SCHULZE 1971).

Mit Hilfe derartiger erlernter Reaktionen können noch andere Körperfunktionen beeinträchtigt werden. METALNIKOW (1934) konnte auf diese Weise bei Kaninchen Antikörperbildung bewirken. HANSEN (1930) beobachtete einen Asthmaanfall beim Anblick einer Papierrose bei Rosenallergie und eine Krebsallergie bei einer Frau, die auftrat, als sie von ihrem Mann mit ihrem Liebhaber beim Krebsessen überrascht wurde. Auch nach CONDRAU (1969), EGEN (1954), HOFFMANN (1961) und JORES (1969) hat das Allergen beim Asthma bronchiale nur Erlebniswert. JORES spricht sogar von "Pseudo-Allergie". Da der Geruchssinn bei Asthmatikern meist sehr stark ausgeprägt ist (JORES 1960, KRICHAUFF 1955/56), wird der Geruch häufig mit einem Erlebnis gekoppelt und in eine erlernte Reaktion eingebaut.

Asthma bronchiale soll auch durch Imitation entstehen können (REICHMANN 1922, SCHULTZ 1953, SPEER 1949). Hierbei werde, besonders bei Kindern, häufig eine Vererbung vorgetäuscht. (SPEER 1949).

Andere Versuche zeigen, wie die Umwelt auf direktem Wege auf körperliche Funktionen wirkt. CANNON (1945) beschreibt ein eigenes Erlebnis: beim Erklettern eines steilen Bergspaltes konnte er plötzlich nicht mehr weiter, da der Spalt sehr eng wurde. Er

konnte aber auch nicht hinunterschauen, um einen festen Standplatz zu suchen. Die Lage schien für ihn aussichtslos zu sein. Nachdem er sich schließlich doch aus dieser gefährlichen Situation befreit hatte, überfiel ihn ein heftiges Gliederzittern und Herzklopfen. Als Ursache gibt er eine vermehrte Adrenalin ausschüttung der Nebennieren an.

Ebenso lassen sich durch Konzentration auf Vorstellungen der Muskeltonus und die Durchblutung verändern wie beim autogenen Training (LANGEN 1969, SCHULTZ 1970). DEKKER und GROEN (1957), sowie STRÜBING (1906), konnten bei Normalpersonen und Asthmatikern durch Einüben abnormer Atmungsformen asthmatische Zustände willentlich erzeugen, wobei die freiwilligen von den echten nicht zu unterscheiden waren. Röntgenologisch sah man hierbei eine Verengung der Trachea, die durch einen thorakalen Überdruck von mindestens 1 cm Hg in das Lumen vorgedrückt wird (DEKKER und GROEN 1957). Der Überdruck entsteht durch Verkrampfung des Zwerchfells in Inspirationsstellung. Ein Anfall kann daher auch durch Einschaltung der Zwerchfellatmung (Schreien, Pfeifen, Singen) oder durch Entspannen beim autogenen Training beseitigt werden (JORES 1960). Atemstörungen sind auch außerhalb des Anfalls nachweisbar im Sinne einer Tachypnoe und verlängerten Expiration (CHRISTIAN u. Ma 1955, HARRER 1969). FAULKNER (1941) beobachtete bronchoskopisch eine Erweiterung des Bronchiallumens, wenn angenehme Themen besprochen wurden und eine Verengung bei unangenehmen Themen.

Gut untersucht ist auch die Hypersekretion der Magensäure bei unbewußten Einverleibungswünschen und unterdrückter Wut und Ärger. Bei offenem, bewußtem Ärger konnte keine Erhöhung festgestellt werden (WOLFF u. WOLF 1942). Die Hypersekretion kommt durch einen Vagotonus zustande und ist infolgedessen nachts am stärksten

(ALVARES 1930). Chronische Hypersekretion als funktionelles Syndrom kann bei langer Dauer in ein organisches Leiden, z.B. Magengeschwür, übergehen (ALEXANDER 1951, ALVARES 1930, von BERGMANN 1948). Erst dann kann man eigentlich von einer "psychosomatischen Krankheit" sprechen (LANGEN 1970 a,b). Für das Magengeschwür soll dieser Zusammenhang bewiesen sein (CREMERIUS 1968, PFLANZ 1962), nicht jedoch für funktionelle Herzbeschwerden (GÖTZ u. SCHRÖDER 1961).

Andere körperliche Funktionen, die durch die Psyche beeinflusst werden können, sind zum Beispiel das funktionelle Wirbelsäulensyndrom (DERBOLOWSKY, U. 1958, 1963), Formen des Hochdrucks, Diabetes, Hyperthyreose (ALEXANDER 1951).

2. Die Umwelteinflüsse, die in der frühen Kindheit, das heißt in den ersten fünf Lebensjahren, auf den Menschen treffen, sollen nach den unten genannten Autoren von besonderer Bedeutung für die neurotische Fehlentwicklung sein. Ursache hierfür ist, daß das Kleinkind noch völlig von den Eltern oder Ersatzpersonen abhängig ist, da es Zusammenhänge durch logisches Denken noch nicht erfassen kann. Was diese Personen sagen oder tun, ist für das Kind die wichtigste Erfahrung mit der Umwelt. Es fühlt sich nur dann bestätigt und in der unverständlichen Welt geborgen, wenn es geliebt wird. Nur so ist es zu erklären, daß die Drohung des Liebesentzuges bei ihm sehr große Ängste auslösen kann, die einer Todesangst gleichkommen. Liebesentzug ist immer dann zu befürchten, wenn Worte wie "ich mag dich nicht, wenn du das tust" oder "du bist böse" u.s.w. gebraucht werden. Mit der Zeit verbindet das Kind bestimmte Tätigkeiten mit Angst, und da ein Dauerzustand von Angst nicht erträglich ist, werden diejenigen Bedürfnisse, die zu Ärger führen, "vergessen", das heißt mit der Sprache der Psychoanalyse, ins "Unbewußte verdrängt" (DERBOLOWSKY, U.

1952 a, DERBOLOWSKY, G. 1970, DERBOLOWSKY, G.u.U. 1972, FREUD 1963, SCHULTZ-HENCKE 1969, SCHWIDDER 1955/56). Auf diese Weise kann aus einem zunächst lebhaften, wissensdurstigen Kind ein stilles, antrieblores, sogar " pseudoschwachsinniges" Kind werden (ZULLIGER 1953). Der erwachsene Mensch hingegen hat bereits eine Übersicht über Zusammenhänge in der Welt. Er kann sein Handeln mit Hilfe von logischem Denken, eigenen Schlußfolgerungen, "exakter Phantasie" selbst bestimmen und beurteilen. Er kann seine Bedürfnisse selbstständig stillen. Er ist also nicht mehr auf eine "mächtige Person" angewiesen, die alles für ihn regelt und deren Zuneigung er sich deshalb versichern muß (DERBOLOWSKY, G. 1970, DERBOLOWSKY, U. 1969 a, DERBOLOWSKY, G.u.U. 1972). In den zitierten Arbeiten geben die Autoren keine Zahlen von Patienten, Vergleichspersonen oder sonstige statistische Berechnungen an. Ihre Thesen geben Eindrücke wieder, die sie bei vertieften Explorationen, bei psychoanalytischen Behandlungen, bei Assoziationsexperimenten usw. gewonnen haben. Bei der Beurteilung solcher Eindrücke dürfen Phänomene wie "selektives Hören" (NOELLE-NEUMANN 1963) und "glaubensgelenkte" Anpassung (GUBISCH 1961) nicht übersehen werden.

3. Das Asthma bronchiale und das Magenleiden sollen zwei von vielen Krankheiten oder funktionellen Störungen sein, die durch Umwelteinflüsse hervorgerufen werden können. Gibt es nun bestimmte Merkmale der frühen Kindheit, die zu spezifischen Morbiditätserwartungen führen? In der Literatur sind folgende Hypothesen vertreten:

- a) Bei den Asthmatikern soll eine starke, nicht gelöste Mutterbindung der Kernfaktor sein. Ein Verlust wirke häufig anfallsauslösend, wie zum Beispiel die Geburt eines Geschwisters oder Heirat (ALEXANDER 1951, JORES 1960, SCHWÖBEL 1949, THIEMANN 1958, VÖLKELE 1955/56). Viele der Kinder wurden von der Mutter abgelehnt (ALEXANDER, JORES, VÖLKELE). Die Liebe der Mutter und

Verwöhnung konnten nur durch Erfüllung der hohen Anforderungen und Ideale erkaufte werden, die von der Mutter verlangt wurden (JORES u.von KEREKJARTO 1967, SCHWIDDER 1962, THIEMANN).

- b) Durch frühe und strenge Sauberkeitserziehung (JORES u.von KEREKJARTO, THIEMANN) , Hemmung des Besitzstrebens (JORES) , Hemmung der aggressiven (VÖLKELE) und expansiven Kräfte (SCHWIDDER 1955/56) entstehe bei den Kindern eine Zwangsstruktur mit starkem "Über-Ich" , Pedanterie, Überkorrektheit, Sparsamkeit, ohne daß sie Geborgenheit und Anerkennung durch die Mutter erfahren (ENKE u.MICHLER 1967, JORES, JORES u.von KEREKJARTO, SCHWIDDER 1955/56) .
- c) JACOBS u. Ma (1966) stellten mit statistischen Methoden eine dominierende Mutter und einen schwachen Vater fest, ebenso ENKE u.MICHLER.
- d) MITSCHERLICH (1950) und ENKE u.MICHLER beschrieben eine Ambivalenz der Mutterbindung. Im Anfall zeige sich der Schrei nach der Mutter im Hilferuf, aber auch Geschrei gegen die Mutter im Sinne der Auflehnung.
- e) Außerdem bestehe eine Kontaktarmut der Kinder (HOFFMANN 1961, JORES, SCHWÖBEL). Männliche Patienten seien oft einzige Söhne oder haben nur wenige Geschwister (ENKE u.MICHLER).
- f) Weiterhin beobachteten vorgenannte Autoren häufig inkomplette Familien, ein dysharmonisches Familienmilieu und einen hohen Altersunterschied der Eltern.

JORES u.von KEREKJARTO hingegen konnten keine signifikanten Unterschiede feststellen, die Vater, Mutter oder Geschwister betreffen.
- g) Asthmatiker lebten nach STAEHELIN (1961) häufiger in der Großstadt.
- h) Die Kindheit der Magenkranken scheint nach JORES und SCHWIDDER (1950/51, 1954, 1965) durch eine Hemmung des etwas vage beschrie-

benen Besitzstrebens der Eltern gekennzeichnet zu sein. Danach lehnen die Eltern die kindlichen Wünsche ab und fordern stattdessen Leistungen, die sie auch mit Verwöhnung zu erreichen versuchen (ALEXANDER, ENKE u. MICHLER). Diese Leistungen der Kinder sind notwendig, um Liebe zu erlangen (JORES).

- i) Familienkonflikte der Eltern sollen nach ENKE u. MICHLER häufig sein. SCHWÖBEL beschreibt häufiger Ehescheidungen der Eltern und Waisenhausaufenthalte der Kinder im Vergleich zu Asthmatikern. ENKE u. MICHLER, sowie KELLOCK (1951) beobachteten dagegen selten inkomplette Familien.
- k) Oft wird ein Elternteil als streng angegeben. Als Zeichen der Aggressionshemmung soll häufig die Trotzphase fehlen. Im Schulalter seien die Kinder nach SCHWIDDER (1950/51) dann meist still und brav.
- l) Wie bei den Asthmatikern soll die Mutterbindung noch bis ins Erwachsenenalter hineinreichen (HØJER-PEDERSEN 1956, JORES), während die Geborgenheit nach ENKE u. MICHLER fehlen soll.

In Tabelle 7 und 8 werden die verschiedenen Ergebnisse in der Literatur über psychologische Faktoren bei Asthma bronchiale und Magenleiden zusammengestellt (siehe Anhang).

Untersuchungsgut und primäre Datenerhebung

Das Patientengut der vorliegenden Arbeit besteht aus zwei getrennt untersuchten Gruppen. Das Material ist folgendermaßen gewonnen worden: Die erste Gruppe stationärer Patienten wurde in der Zeit von November 1949 bis Juni 1951 im Niedersächsischen Landeskrankenhaus Rasemühle bei Göttingen ¹⁾ von U. Derbolowsky eingehend neurosenpsychologisch untersucht und begutachtet. Es handelt sich um 508 Patienten (181 Männer, 327 Frauen). Darunter befanden sich 16 Asthmatiker (8 Männer, 8 Frauen) und 62 Magen- und Duodenalkranke (20 Männer, 42 Frauen) mit den Diagnosen Dyspepsie, Magenulkus und Duodenalulkus.

Das Landeskrankenhaus Rasemühle wurde 1949 unter der Leitung von G. Kühnel als erste staatliche Neurosenklinik in Deutschland eingerichtet. Bei den 508 Patienten handelte es sich seitens des Krankenhauses um unausgelesenes Material, da aus allen stationären Patienten alle diejenigen ausnahmslos in die Untersuchungen einbezogen wurden, deren Kostenträger mit der Krankenanstalt bereits vorher einen Vertrag über die Durchführung psychotherapeutischer Maßnahmen abgeschlossen hatten. Es war dabei gleichgültig, ob die Erkrankung, z. B. Asthma, eine überwiegend organische Ursache oder überwiegend psychische Bedingungen hatte. Inwieweit eine Auslese seitens der Versicherungsträger erfolgte, ist nicht bekannt. Die erhobenen und in den Krankenblättern festgehaltenen Anamnesen und Befunde wurden nachträglich 1951 vom Untersucher selbst codiert und auf Lochkarten übertragen. Fehlerquellen, die durch mehrere Untersucher entstehen, da unterschiedliche Frageweisen verschiedene Antworten erzielen können (DERBOLOWSKY, U. 1968) konnten dadurch vermieden werden. Die biographischen Angaben der Patienten wurden

1) jetzt Tiefenbrunn

nie objektiviert. Wichtig war vielmehr das subjektive Erlebnis. Da nicht von vornherein nach einem festgelegten Erhebungsbogen gefragt worden war, wurden nicht bei jedem Patienten alle Fragen gestellt. Das traf jedoch vorwiegend auf die Fragen aus der Sexualsphäre zu, die aber in vorliegender Arbeit nicht diskutiert werden. Dieses war der erste Versuch in Deutschland, eine Verschlüsselung psychotherapeutischer Sachverhalte für Maschinenlochkarten vorzunehmen, um die Voraussetzung für eine Nachprüfung psychosomatischer Thesen zu schaffen (DERBOLOWSKY, U. 1952 b, 1953 , 1957 a,b).

Die zweite Gruppe von 332 Patienten (137 Männer , 195 Frauen), darunter 85 Asthmatiker (39 Männer, 46 Frauen) und 35 Magenkranke (20 Männer, 15 Frauen) mit den Diagnosen Dyspepsie, Magenulkus, Duodenalulkus wurde zwischen 1951 und 1954 in der Psychosomatischen Abteilung der II. Medizinischen Universitätsklinik und Poliklinik in Hamburg Eppendorf untersucht (damaliger Direktor: Prof. Dr. A. Jores, Abteilungsvorsteher: Dr. U. Derbolowsky)..Aufgrund der in Rasemühle gewonnenen Erfahrungen stand hier von Anfang an ein Erhebungsbogen mit Sachverhaltsschlüsseln zur Verfügung, sodaß die anfallenden Krankengeschichten nicht nachträglich, sondern gleich bei ihrer Erstellung verschlüsselt und auf Lochkarten übertragen werden konnten (DERBOLOWSKY, U. 1957 c, 1969 b). Erfasst wurden sämtliche in dem entsprechenden Zeitraum erschienenen Patienten, ausgewertet aber nur die 332 Patienten, bei denen eine sogenannte "Zweitsicht" durch einen psychotherapeutisch ausgebildeten Arzt erfolgt war. Aus zeitlichen und personellen Gründen konnte nur ein Teil der Patienten zur "Zweitsicht" einbestellt werden. Nicht wieder einbestellt wurden diejenigen, bei denen Debilität oder ein schweres organisches Leiden wie Magen- oder Bronchialkarzinom vorlag, ferner diejenigen, die vor dem möglichen Termin aus stationärer Behandlung entlassen wurden. Ein Teil der für die "Zweitsicht"

vorgesehenen Patienten hatte eine solche Verabredung abgelehnt oder war nicht wieder erschienen, weil die erste Befragung als irritierend erlebt worden war. Unter diesen dürften sich bevorzugt Patienten mit psychischen Problemen befunden haben.

Mit freundlicher Genehmigung von Kühnel und Jores hat Derbolowsky das Material (Krankenblätter, Erhebungsbögen, Lochkarten) der Klinik und Poliklinik für Psychotherapie der Mainzer Universität (Direktor: Prof. Dr. D. Langen) zur Verfügung gestellt.

Eigene Untersuchungen

1. Methode

Da in den zur Verfügung gestellten Lochkarten Überlochungen (11er und 12er Lochungen) vorkamen, wurde das ganze Material neu verschlüsselt und gelocht, um die Auswertung zu vereinfachen. Die Untersuchungen der anfangs dargestellten Fragen erfolgten für Männer und Frauen getrennt. Ebenso wurden die Rasemühler- und die Eppendorfer Patientengruppe getrennt behandelt, um mögliche Heterogenitätseffekte auszuschalten.

Es wurden jeweils drei Gruppen gebildet: Asthmatiker, Magen-
kranke und Vergleichspersonen. Letzteres waren Patienten, die
weder Asthma noch Magenbeschwerden, sondern andere funktionelle
Befunde hatten.

Von den dokumentierten Merkmalen zur Kennzeichnung des früh-
kindlichen Milieus sind in Tabelle 9 und 10 diejenigen angegeben,
bei denen untersucht wurde, ob zwischen Asthma- bzw. Magenkranken
und den entsprechenden Vergleichsgruppen Häufigkeitsunterschiede
bestanden.

Die Auswertung erfolgte nach Aufstellung entsprechender Vier-
feldertafeln, wofür in Tabelle 1 ein Beispiel dargestellt ist.

<u>Mutter älter als Vater</u>	<u>ja</u>	<u>nein</u>	<u>Summe</u>
männliche Asthmatiker	15	22	37
männliche Vergleichs- personen	12	66	78
Summe	27	88	115

Tab. 1: Bsp. für eine Vierfeldertafel

Mit Hilfe des χ^2 -Tests kann geprüft werden, ob die beiden Merkmale
(in Bsp. Tab. 1: Mutter älter als Vater - Art der Erkrankung) in

dem beobachteten Krankengut von einander unabhängig sind; das heißt in diesem Falle, ob bei den Asthmatikern gleichhäufig die Mutter älter als der Vater war wie bei den übrigen Patienten. Bezüglich der Einzelheiten zur Berechnung der Prüfgröße χ^2 darf auf die statistische Literatur verwiesen werden (z. Bsp. PFANZAGEL 1966).

Bei kleinen Gesamtstichprobenumfängen (Fallzahl unter 60) wurde der exakte Fisher-Test gerechnet (s. Dokum. Geigy, Wissenschaftl. Tab. 1962). Der exakte Fisher-Test wurde ebenfalls durchgeführt, wenn ein Erwartungswert (s. PFANZAGEL) kleiner als 5 war.

Die Berechnungen des χ^2 - bzw. exakten Fisher-Tests wurden mit Hilfe eines Programms des Instituts für Medizinische Statistik und Dokumentation in Mainz (Direktor: Prof. Dr. S. Koller) auf einer elektronischen Rechenanlage durchgeführt. Bei der Beratung waren Prof. Dr. L. Horbach und Dr. J. Michaelis beteiligt. Hier möchte ich allen Beteiligten meinen Dank aussprechen.

Tabelle 9 zeigt in einer Übersicht, welche Vierfeldertafeln aufgestellt wurden. Zusätzlich zu diesen Gegenüberstellungen von Asthma- bzw. Magenkranken zu den Vergleichspersonen wurden in gleicher Weise Häufigkeitsvergleiche der beobachteten Merkmale zwischen Asthmatikern und Magenkranken durchgeführt (Tabelle 10).

Das beschriebene Vorgehen der statistischen Auswertung kann lediglich dazu dienen, eine gewisse Übersicht über die erhobenen Beobachtungen zu liefern. Bei der Beurteilung der angegebenen Irrtumswahrscheinlichkeiten sind folgende Punkte zu berücksichtigen:

1. die durchgeführten Tests sind nicht von einander unabhängig (die Gruppe "Vergleichspersonen" wurde sowohl den Asthmatikern als auch den Magenkranken zugeordnet, die Vergleiche zwischen Asthmatikern und Magenkranken sind von den vorgenannten Gegenüberstellungen nicht unabhängig; die einzelnen Merkmale

sind nicht von einander unabhängig, z. Bsp. Zärtlichkeit)

2. bei der Vielzahl der durchgeführten Tests ist die Bedeutung der Irrtumswahrscheinlichkeit zu berücksichtigen: unter 100 Tests sind 5 "auffällige" Ergebnisse ($p \leq 5\%$) und 1 "signifikantes" Ergebnis ($p \leq 1\%$) definitionsgemäß als zufallsbedingt zu erwarten. Daher kann ein "signifikantes" Ergebnis nicht so beurteilt werden, wie es bei einer gezielten Hypothesenprüfung der Fall wäre. Man kann vielmehr solche Ergebnisse zur Hypothesenbildung für zukünftige Untersuchungen an einem neuen Krankengut verwenden. Lediglich die aus der vorangestellten Literaturübersicht verfügbaren Hypothesen können in der vorliegenden Untersuchung geprüft werden.
3. schließlich muß darauf hingewiesen werden, daß die kleinen Fallzahlen in manchen Fällen Ursache sein können, daß Zusammenhänge nicht statistisch zu sichern waren.

2. Ergebnisse

Die Verteilung der untersuchten Patienten nach Alter und Geschlecht ist in Tabelle 2 und 3 dargestellt:

Alter	Asthmatiker		Magenkranke		Vergleichspersonen		Summe
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	
20-29J.	2	4	3	18	24	92	143
30-39J.	2	3	8	13	36	88	150
40-49J.	4	1	7	9	59	71	151
50-59J.	-	-	2	2	32	26	62
60-69J.	-	-	-	-	2	-	2
Summe	8	8	20	42	153	277	508

Tab. 2: Verteilung der Patientengruppe aus Rasemühle nach Alter und Geschlecht

Alter	Asthmatiker		Magenkranke		Vergleichspersonen		Summe
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	
10-19J.	12	13	-	3	11	12	51
20-29J.	8	10	11	4	19	38	90
30-39J.	4	5	5	5	23	39	81
40-49J.	7	7	3	2	14	29	62
50-59J.	4	8	1	1	7	12	33
60-69J.	4	3	-	-	4	4	15
Summe	39	46	20	15	78	134	332

Tab. 3: Verteilung der Patientengruppe aus Eppendorf nach Alter und Geschlecht

Hierbei fiel auf, daß bei den Asthmatikern aus Eppendorf der Anteil der 10-19-jährigen besonders hoch war. der Unterschied zu den Vergleichspersonen konnte statistisch gesichert werden ($p \leq 1\%$).

10-19J.	ja	nein	Summe
Asthmatiker	25	60	85
Vergleichspersonen	23	189	212
Summe	48	249	297

Tab. 4: jüngeres Alter der Asthmatiker aus Eppendorf
im Vergleich zu den Vergleichspersonen,
dargestellt anhand einer Vierfeldertafel

Der Krankheitswert für die jeweilige Person wurde dadurch erfaßt, indem man bis zu 5 (Rasemühle) bzw. 10 (Eppendorf) Symptome registrierte und nachsah, in welcher Reihenfolge diese Beschwerden genannt wurden. Es ergab sich, daß der Erlebniswert der Krankheit bei den Asthmatikern im Vergleich mit den Magenkranken größer war. 14 von 16 Patienten aus Rasemühle und 82 von 85 Patienten aus Eppendorf nannten ihre asthmatischen Beschwerden an den ersten beiden Stellen, während bei den Magenkranken die diesbezüglichen Beschwerden sämtliche Stellenwerte einnahmen. Der Unterschied war sowohl für die Rasemühler wie auch die Eppendorfer Patientengruppe statistisch nachweisbar (χ^2 -Test: $p < 1\%$).

Beschwerden an den ersten beiden Stellen genannt	ja	nein	Summe
Asthmatiker	14	2	16
Magenkranke	30	32	62
Summe	44	34	78

Tab. 5: Erlebniswert der Krankheit bei Asthmatikern
und Magenkranken aus Rasemühle

¹ Es muß hier betont werden, daß damals noch keine "Beschwerdelisten" vorlagen, wie es zur Zeit der Abfassung der Arbeit (1972) der Fall war.

Beschwerden an den ersten beiden Stellen genannt	ja	nein	Summe
Asthmatiker	82	3	85
Magenkranke	23	12	35
Summe	105	15	120

Tab. 6: Erlebniswert der Krankheit bei Asthmatikern
und Magenkranken aus Eppendorf

Zunächst war bei den Asthmatikern aus der Eppendorfer Patienten-
gruppe eine relativ häufige Konfessionslosigkeit aufgefallen,
wie es auch in der Literatur beschrieben wird (JORES u.
von KEREKJARTO 1967). Der beobachtete Unterschied gegenüber
der Vergleichsgruppe war jedoch statistisch nicht signifikant.

Das Flüchtlingsschicksal schien keinen begünstigenden Einfluß
auf die Erkrankung des Asthmikers zu haben. Es kam hingegen
bei den Eppendorfer Patienten seltener vor als bei den Vergleichs-
personen ($p \leq 5\%$). Bei den Magenkranken war der gleiche Unterschied
vorhanden, lag aber noch im Zufallsbereich.

Es soll hier eine vorsichtige Interpretation versucht werden:
bei Menschen mit einem Flüchtlingsschicksal verliert das Besitz-
problem, wie es von manchen Autoren (JORES 1960, SCHWIDDER 1950/51,
1954) für Asthmatiker und Magenkranke angenommen wird, an
Wichtigkeit, da die unmittelbaren Mitmenschen auch alles verloren
haben.

Zwischen den einzelnen Patientengruppen und den Merkmalen
der frühen Kindheit traten, wie in Tabelle 9 und 10 dargestellt,
bei unserem Patientengut die nachfolgend beschriebenen
Assoziationen auf. Es sei nochmals betont, daß die in Tabelle
9 und 10 angegebenen Irrtumswahrscheinlichkeiten des χ^2 - bzw.
Fisher-Tests nicht exakt gelten.

1. Die männlichen Asthmatiker lebten als Kind häufiger in einer Großstadt (Eppendorf: $p \leq 10\%$) bzw. seltener auf dem Lande (Rasemühle: $p \leq 5\%$) als die jeweiligen Vergleichspersonen. Auch im Vergleich zu den Magenkranken lebten sie seltener auf dem Lande (Rasemühle: $p \leq 5\%$) .

Ihr Vater fiel in Bezug auf seine Einstellung zur Sauberkeit auf (Eppendorf: $p \leq 5\%$) . Im allgemeinen verlangte er zuviel Sauberkeit (Eppendorf: $p \leq 10\%$) . Beim Vergleich mit den Magenkranken ließ sich in dieser Hinsicht kein Unterschied feststellen.

Die Mutter fiel in Dingen, die die Ordnung betrafen, auf (Eppendorf: $p \leq 10\%$) . Es zeigten sich Tendenzen zur Pedanterie, die aber statistisch nicht auffällig wurden. Sowohl gegenüber den Magenkranken (Eppendorf: $p \leq 10\%$) , als auch den übrigen Patienten (Eppendorf: $p \leq 1\%$) war sie häufiger älter als der Vater. Sie war häufiger geizig als die Mutter der Magenkranken. Ein Unterschied in der elterlichen Ehe ließ sich lediglich im Vergleich zu den Magenkranken feststellen. Bei den Asthmatikern war das Ehemilieu der Eltern häufiger aggressionsfeindlich, moralisierend oder streng religiös (Eppendorf: $p \leq 10\%$) .

2. Bei den Asthmatikerinnen lebte häufig außer dem Vater eine weitere männliche Person (Großvater, Onkel) im Haushalt. Dieser Unterschied bestand sowohl gegenüber den Magenkranken (Rasemühle: $p \leq 5\%$) als auch gegenüber den übrigen Patienten (Rasemühle: $p \leq 1\%$) .

Die Mütter waren oft überfürsorglich. Sie bestanden darauf, daß das Kind reichlich aß (Eppendorf: $p \leq 5\%$) .

Die Mädchen wurden durch ihre Mütter häufiger sexuell aufgeklärt als die Magenkranken (Eppendorf: $p \leq 10\%$) . Entsprechend lehnten sie ihr eigenes Geschlecht seltener ab als diese (Eppendorf: $p \leq 5\%$) .

3. Es konnte festgestellt werden, daß der Vater der magenkranken Männer selten Handwerker war (Rasemühle: $p \leq 10\%$) . Er war oft ein Dulder (Rasemühle: $p \leq 10\%$) . Dennoch dominierte die Mutter nicht häufiger als bei den Vergleichspersonen. Die Patienten wurden sowohl vom Vater (Rasemühle: $p \leq 1\%$) als auch von der Mutter (Rasemühle: $p \leq 1\%$) häufiger über sexuelle Dinge aufgeklärt als die übrigen Patienten.

In der frühkindlichen Entwicklung ließen sich selten Auffälligkeiten feststellen (Eppendorf: $p \leq 5\%$) . Im Gegensatz dazu waren die Mädchen häufiger Spätentwickler (Eppendorf: $p \leq 5\%$) . Die Ehe der Eltern schien häufiger dysharmonisch und lieblos (Eppendorf: $p \leq 10\%$) .

Die Mutter fiel hinsichtlich ihres Besitzstrebens auf (Rasemühle: $p \leq 5\%$) . Beim Rasemühler Krankengut neigte sie zu Geiz ($p \leq 5\%$) , während sie es bei den Eppendorfer Patienten seltener tat , sowohl gegenüber den Asthmatikern ($p \leq 5\%$) , als auch den übrigen Patienten ($p \leq 10\%$) . Außerdem wurde ihre Zärtlichkeit öfters als übertrieben angegeben (Eppendorf: $p \leq 5\%$) .

Im Vergleich zu den Asthmatikern waren die magenkranken Männer häufiger das Jüngste unter den Geschwistern (Eppendorf: $p \leq 5\%$) .

4. Die weiblichen Magenpatienten waren öfters Spätentwickler (Eppendorf: $p \leq 5\%$) und lehnten ihr eigenes Geschlecht häufiger ab als die Asthmatikerinnen (Eppendorf: $p \leq 5\%$) und die übrigen Patientinnen (Eppendorf: $p \leq 5\%$) . Im Vergleich zu den Asthmatikerinnen, nicht zu den übrigen Patientinnen, wurden sie seltener von der Mutter über sexuelle Dinge aufgeklärt (Eppendorf: $p \leq 5\%$) .

Der Vater war öfters herb (Eppendorf: $p \leq 10\%$) , aber selten streng (Rasemühle: $p \leq 10\%$) . Hinsichtlich seiner Affektäußerungen

(Rasemühle: $p \leq 5\%$) und seiner Einstellung zur Ordnung
(Rasemühle: $p \leq 10\%$, Eppendorf: $p \leq 10\%$) bot er seltener
Auffälligkeiten als bei den Vergleichspersonen.

Diskussion

Um einen besseren Vergleich mit der Literatur zu bekommen, werden die Ergebnisse der Arbeit zunächst mit denen der Literatur in einer Tabelle zusammengestellt (s. Tabelle 11, Anhang).

Aus der Tabelle wird erkennbar: die Angaben in der Literatur und die Ergebnisse dieser Arbeit zeigen Widersprüche und Übereinstimmungen in folgenden Bereichen auf:

1. Die Mutterbindung wird in der Literatur bei Asthmatikern als nicht abgelöst (ALEXANDER, JORES, SCHWÖBEL, VÖLKE) oder als ambivalent (ENKE u. MICHLER, MITSCHERLICH) beschrieben. Bei den eigenen Untersuchungen konnte kein Unterschied zu den Vergleichspersonen gefunden werden.
Bei den Magenkranken ist sie nach den Angaben der Literatur ebenfalls nicht abgelöst (HØJER-PEDERSEN, JORES), während in dieser Arbeit wiederum kein Unterschied nachweisbar war.
2. In der Literatur wird beschrieben, daß Asthmatiker häufig als Kind von der Mutter abgelehnt wurden (ALEXANDER, JORES, VÖLKE). Dieses konnte bei unseren Untersuchungen nicht bestätigt werden.
3. Eine dominierende Mutter wird in der Literatur "signifikant" häufig ($p \leq 1\%$) festgestellt (ENKE u. MICHLER, JACOBS u. Ma). Auch hier fand sich keine Übereinstimmung mit unseren Ergebnissen.
4. Die Angaben über inkomplette Familien schwanken in der Literatur bei Asthmatikern zwischen häufig (ENKE u. MICHLER), selten (SCHWÖBEL) und unauffällig (JORES u. von KEREKJARTO). Auch bei den Magenkranken sollen sie häufig (SCHWÖBEL), selten (ENKE u. MICHLER) und ohne erkennbare Häufigkeit (KELLOCK) vorkommen.

In dieser Arbeit konnten weder bei den Asthmatikern noch bei

den Magenkranken Auffälligkeiten diesbezüglich gefunden werden.

5. Bei den Magenkranken soll ein Elternteil streng sein (SCHWIDDER). Nach unseren Berechnungen war der Vater sogar weniger streng. zumindest bei den weiblichen Patienten aus Rasemühle.
6. Über die Geschwisterzahl heißt es, daß sie bei Asthmatikern und Magenkranken gering sei (ENKE u. MICHLER) . Andere Autoren (JORES u. von KEREKJARTO, KELLOCK) und vorliegende Arbeit konnten keine Besonderheiten hierüber feststellen.
7. Bei der eigenen Arbeit widersprach sich die Aussage über den Geiz der Mutter bei den männlichen Patienten mit Magenleiden aus Rasemühle und Eppendorf. Bei ersteren war sie häufiger geizig, bei letzteren seltener als die Vergleichspersonen.
8. Als letztes widersprechen sich die Angaben über die Kontaktfähigkeit der Asthmatiker. Nach den Ergebnissen in der Literatur ist sie gehemmt (HOFFMANN, JORES, SCHWÖBEL) , nach eigenen Berechnungen statistisch nicht auffällig.
9. Dagegen entsprechen sich die Aussagen der Literatur und dieser Arbeit, daß das Familienmilieu bei Magenkranken häufig dysharmonisch war (ENKE u. MICHLER) , daß die Sauberkeitserziehung bei Asthmatikern früh erfolgte (JORES u. von KEREKJARTO, THIEMANN) und daß Asthmatiker häufiger in einer Großstadt lebten oder aufgewachsen sind (STAEHELIN) .

Ein hoher Altersunterschied der Eltern fand sich in der Literatur bei Asthmatikern häufiger (ENKE u. MICHLER) . Nach unseren Ergebnissen war eine Altersdifferenz von 10 Jahren und mehr zwar häufig, aber nicht "signifikant". "Signifikant" war dagegen die Tatsache, daß bei den männlichen Asthmatikern die Mutter älter als der Vater war.

Folgende Überlegungen sollen zu erklären versuchen, warum sich viele Behauptungen widersprechen und warum auch diese Arbeit keine endgültigen Aussagen über die spezifischen psychologischen Situationen in der frühen Kindheit machen kann, die für Asthma bronchiale und Magenleiden verantwortlich gemacht werden können:

1. In der Literatur fehlen häufig Angaben über die Anzahl und Auswahl der Vergleichspersonen. Bei "signifikanten" Ergebnissen wird selten angegeben, wieviel Tests insgesamt durchgeführt wurden (vergleiche die Bemerkungen Seite 13 und 14) .
2. Mehrere Untersucher kommen zu verschiedenen Ergebnissen bei demselben Patienten, da sie mit unterschiedlichen Kriterien dieselbe Angelegenheit beurteilen und durch verschiedene Art der Befragung unterschiedliche Arzt- Patient Beziehungen herstellen, sodaß unterschiedliche Informationen über den Patienten daraus resultieren. Um diesen Faktor in unserem Material weitgehend auszuschalten, wurden die Patienten aus dem Krankenhaus in Rasemühle von einem einzigen Untersucher und die aus der Klinik in Eppendorf nur von wenigen Ärzten mit psychotherapeutischer Ausbildung befragt.

In der Literatur findet man bedauerlicherweise keine Angaben darüber, von wieviel Ärzten die Patienten untersucht worden sind, sowie welche Ausbildung die untersuchenden Ärzte hatten.

3. Die Aufgliederung der Patientengruppen ist nicht deutlich, sodaß Mischgruppen entstehen. Das kann einmal vorkommen durch Zusammenfassung heterogener Krankheitszustände unter demselben diagnostischen Oberbegriff (CREMERIUS 1968) oder fehlende Berücksichtigung sich überschneidender Symptome. Letzteres gilt auch für unser Patientengut. So gibt es zum Beispiel sowohl Asthmatiker als auch Magenkranke und auch

solche in der Vergleichsgruppe, die an Herzbeschwerden leiden. Wenn es charakteristische Faktoren in der frühen Kindheit gibt, die zu Herzbeschwerden disponieren, so gehen diese als Unschärfefaktoren in die Gruppen der Asthmatiker und Magenkranken ein.

4. Bei Disposition zu einer Erkrankung braucht diese nicht zum Ausbruch zu kommen, da auch noch andere Ursachen in verschiedenem Maße wirksam sind. Die disponierenden Faktoren finden sich in jenen Fällen auch bei denen, bei denen die Krankheit noch nicht ausgebrochen ist, also auch bei einem Teil der Vergleichspersonen, und verwischen so das Bild.
5. Es ist möglich, daß eine Krankheit mehrere Erscheinungsformen hat, die bisher nicht als solche zu erkennen sind. Zum Beispiel beschreibt VARTIO (1959) das Phänomen des Krankheitswandels. Bei 371 Patienten mit funktionellen Störungen stellten sich nach Abklingen eines Symptoms andere Beschwerden ein. Auch SPIEGELBERG (1965) beschreibt dieses Phänomen bei Patienten mit Colitis ulcerosa.

CREMERIUS (1968) unterteilt die Erscheinungen des Krankheitswandels oder Syndromwandels in mehrere Untergruppen.

Er unterscheidet:

- a) einen periodischen Syndromwandel. Hierbei wechseln sich zwei Krankheitsbilder ab, zum Beispiel:
Magenbeschwerden - Depression - Magenbeschwerden - usw.
- b) einen kontinuierlichen Syndromwandel, wobei zwei Symptome allmählich ineinander übergehen.
- c) einen phasischen Syndromwandel. Nach einem beschwerdefreien Interwall beginnt plötzlich eine neue Erkrankung.
- d) einen diffus wechselnden Syndromwandel. Die nacheinander auftretenden Beschwerden sind dabei nicht an einem Organ

lokalisiert.

6. Um möglichst viele Fehlerquellen auszuschalten und entsprechende Ergebnisse bei verschiedenen untersuchten Patientengruppen zu erhalten, ist es daher erforderlich, daß von allen Untersuchern ein einheitlicher, genau definierter Erhebungsbogen benutzt wird. Nur so können die Befunde miteinander verglichen werden, da andernfalls nicht die gleichen Voraussetzungen gegeben sind.
7. Die hier untersuchten biographischen Faktoren der frühen Kindheit haben offenbar keine spezifisch morbiditätsbestimmende Wirkung zumindest nicht bei Asthma bronchiale und bei Magenerkrankung. Ein Teil der in der Literatur beschriebenen Merkmale sind für Asthmatiker und Magenranke die gleichen. Auch das spricht dafür, daß sie nicht spezifisch für diese Erkrankungen sind. Das bedeutet nicht, daß frühkindlich belastende Situationen keinen Einfluß auf psychosomatische Erkrankungen haben. Es fehlt ihnen aber die krankheitsspezifische Bedeutung. Da für unsere Untersuchungen als Vergleichsgruppe Patienten gewählt wurden, die an anderen psychosomatischen Erkrankungen litten, kann über etwaige Unterschiede gegenüber Gesunden bzw. über nicht psychosomatisch erkrankten Patienten keine Aussage gemacht werden.

Zusammenfassung

Aus dem Landeskrankenhaus Rasemühle, jetzt Tiefenbrunn, wurden 16 Asthmatiker und 62 Magenkranke und 430 Vergleichspersonen, die an anderen psychosomatischen Störungen litten, hinsichtlich vermutbarer spezifisch krankheitsdisponierender Faktoren aus der frühen Kindheit untersucht und mit den in der Literatur beschriebenen Ergebnissen verglichen. In gleicher Weise wurde mit einer Patientengruppe aus der II. Medizinischen Universitätsklinik und Poliklinik in Hamburg Eppendorf verfahren. Es handelte sich hierbei um 85 Asthmatiker, 35 Magenkranke und 212 Vergleichspersonen mit anderen psychosomatischen Beschwerden.

1. Es zeigten sich Widersprüche bei den einzelnen Autoren. Diese betrafen Aussagen hinsichtlich Mutterbindung, inkomplette Familien und Geschwisterzahl.
2. Es zeigten sich Abweichungen zwischen den Ergebnissen der einzelnen Autoren zu den in der hiesigen Untersuchung erhobenen Befunden wie Ablehnung der Kinder, Dominanz der Mutter, strenger Elternteil und Kontaktarmut der Kinder. Alle diese Befunde konnten in vorliegender Arbeit nicht bestätigt werden. Die verschiedenen Ergebnisse ergeben sich mutmaßlich aus der unterschiedlichen Erfassung der einzelnen Merkmale, der unterschiedlichen Patientengruppen und der ebenfalls nicht übereinstimmenden Auswertung der Befunde.
3. Die einzelnen möglichen Fehlerquellen wurden diskutiert und daraus die dringend notwendige Konsequenz einer einheitlichen Befunderhebung aufgezeigt.

Trotz einer gewissen Zahl "signifikanter" und "auffälliger" Ergebnisse konnte in vorliegender Arbeit keine endgültige Aussage über eine spezifische Wirkung bestimmter psychotraumatischer Konstellationen in Beziehung zum Asthma bronchiale

und zu Magenleiden aufgezeigt werden.

Möglicherweise sind die vorhandenen auffälligen psychischen Befunde lediglich generell einer psychosomatischen Funktionsstörung zuzuordnen, wobei die spezielle Ausgestaltung zu einer bestimmten psychosomatischen Krankheit im engeren Sinne mit anderen, nun doch unter Umständen somatischen Ursachen zusammenhängen könnte.

Somit bedarf der ganze Fragenkomplex noch einer intensiven Forschungsarbeit, bei der von vornherein von einer einheitlichen Grundkonzeption ausgegangen werden sollte.

Anhang (Tabellen)

Tab. 7: Untersuchte psychologische Faktoren bei der psychosomatischen Krankheit Asthma bronchiale in der Literatur.

untersuchter Faktor	Autor	Jahr	Ergebnis	Patientenzahl	Zahl der Vergleichspersonen
Mutterbindung	SCHWÖBEL	1949	stark	129	keine Angabe
	MITSCHERLICH	1950	ambivalent	keine Angabe	keine Angabe
	ALEXANDER	1951	stark, nicht gelöst	keine Angabe	keine Angabe
	VÖLKE	1955/ 56	starke Abhängigkeit	keine Angabe	keine Angabe
	THIEMANN	1958	stark, bis ins Erwachsenenalter	32	keine Angabe
	JORES	1960	stark, bis ins Erwachsenenalter	keine Angabe	keine Angabe
	ENKE u. MICHLER	1967	ambivalent	17 Männer	31 Magenkranke 54 Herzranke 13 Colitis gravis (jeweils Männer)
Verhältnis der Mutter zum Kind	ALEXANDER	1951	Ablehnung	keine Angabe	keine Angabe
	VÖLKE	1955/ 56	häufig Ablehnung	keine Angabe	keine Angabe
	JORES	1960	Ablehnung	keine Angabe	keine Angabe
Mutter dominiert	ENKE u. MICHLER	1967	"signifikant" häufig ($p \leq 1\%$)	17 Männer	31 Magenkranke 54 Herzranke 13 Colitis gravis (jeweils Männer)
Altersunterschied der Eltern	ENKE u. MICHLER	1967	"signifikant" hoch (keine Angabe)	17 Männer	31 Magenkranke 54 Herzranke 13 Colitis gravis (jeweils Männer)
Inkomplette Familien	SCHWÖBEL	1949	seltener als bei Magenkranken	129	keine Angabe
	ENKE u. MICHLER	1967	häufig	17 Männer	31 Magenkranke 54 Herzranke 13 Colitis gravis (jeweils Männer)

Fortsetzung Tab. 7:

untersuchter Faktor	Autor	Jahr	Ergebnis	Patientenzahl	Zahl der Vergleichspersonen
Inkomplette Familien	JORES u.v. KEREKJARTO	1967	kein Unterschied	32 Männer 18 Frauen	34 Männer 16 Frauen
Familienmilieu	ENKE u. MICHLER	1967	häufig bei allen Untersuchten dysharmonisch	17 Männer	31 Magenkranke 54 Herzkranke 13 Colitis gravis (jeweils Männer)
Geschwisterzahl	ENKE u. MICHLER	1967	gering, oft einzige Söhne	17 Männer	31 Magenkranke 54 Herzkranke 13 Colitis gravis
	JORES u.v. KEREKJARTO	1967	keine Auffälligkeiten	32 Männer 18 Frauen	34 Männer 16 Frauen
Zuneigung der Mutter nur durch hohe Idealbildung erreicht	THIEMANN	1958	Bestätigung	32	keine Angabe
	SCHWIDDER	1962	Bestätigung	keine Angabe	keine Angabe
	JORES u.v. KEREKJARTO	1967	Bestätigung	32 Männer 18 Frauen	34 Männer 16 Frauen
Sauberkeits-erziehung	THIEMANN	1958	früh u. streng	32	keine Angabe
	JORES u.v. KEREKJARTO	1967	früh u. streng	32 Männer 18 Frauen	34 Männer 16 Frauen
Besitzstreben	JORES	1960	gehemmt	keine Angabe	keine Angabe
Aggression	VÖLKE	1955/56	gehemmt bei 80% gegenüber 17% bei den Vergleichspersonen	keine Angabe	keine Angabe
Expansion	SCHWIDDER	1955/56	häufiger gehemmt	keine Angabe	keine Angabe
Kontaktfähigkeit	SCHWÖBEL	1949	Kontaktarmut	129	keine Angabe
	JORES	1960	Kontaktarmut	keine Angabe	keine Angabe
	HOPFMANN	1961	Kontaktarmut	110	110

Fortsetzung Tab. 7:

untersuchter Faktor	Autor	Jahr	Ergebnis	Patientenzahl	Zahl der Ver- gleichspersonen
Erlebnis- fähigkeit	SCHWÖBEL	1949	gestört	129	keine Angabe
	HOFFMANN	1961	unauffällig	110	110

Geborgenheit	SCHWIDDER	1955/ 56	fehlt	keine Angabe	keine Angabe
	JORES	1960	fehlt	keine Angabe	keine Angabe
	ENKE u. MICHLER	1967	fehlt	17 Männer	31 Magenkranke 54 Herzkranke 13 Colitis gravi (jeweils Männer)
	JORES u.v. KEREKJARTO	1967	fehlt (p 1%)	32 Männer 18 Frauen	34 Männer 16 Frauen

Religiösität	JORES u.v. KEREKJARTO	1967	häufig areligiös	keine Angabe	keine Angabe

Tab. 8: Untersuchte psychologische Faktoren bei der psychosomatischen Krankheit Magenleiden in der Literatur.

untersuchter Faktor	Autor	Jahr	Ergebnis	Patientenzahl	Zahl der Vergleichspersonen
Mutterbindung	JORES	1960	bis ins Erwachsenenalter	keine Angabe	keine Angabe
inkomplette Familien	SCHWÖBEL	1949	häufiger als bei Asthmatikern	keine Angabe	keine Angabe
	KELLOCK	1951	unauffällig	250 Pat. mit Duodenalulkus	250 andere Kranke
	ENKE u. MICHLER	1967	selten	31 Männer	17 Asthmatiker 54 Herzranke 13 Colitis gravi (jeweils Männer)
Familienmilieu	ENKE u. MICHLER	1967	Familienkonflikte der Eltern häufiger	31 Männer	17 Asthmatiker 54 Herzranke 13 Colitis gravi
ein Elternteil streng	SCHWIDDER	1950/ 51	häufiger	46	keine Angabe
Geschwisterzahl	KELLOCK	1951	keine Unterschiede	250 Pat. mit Duodenalulkus	250 andere Kranke
	ENKE u. MICHLER	1967	geringe Anzahl, Einzelkinder häufig	31 Männer	17 Asthmatiker 54 Herzranke 13 Colitis gravi
Fordern von Leistung, auch durch Verwöhnung	SCHWIDDER	1950/ 51	Bestätigung	46	keine Angabe
	ALEXANDER	1951	Bestätigung	keine Angabe	keine Angabe
	JORES	1960	häufig Liebe nur durch Leistung	keine Angabe	keine Angabe
	ENKE u. MICHLER	1967	starke Verwöhnung und Überforderung	31 Männer	17 Asthmatiker 54 Herzranke 13 Colitis gravi
Besitzstreben	SCHWIDDER	1950/ 51	Hemmung	46	keine Angabe

Fortsetzung Tab. 8:

untersuchter Faktor	Autor	Jahr	Ergebnis	Patientenzahl	Zahl der Ver- gleichspersonen
Besitzstreben	SCHWIDDER	1954	Hemmung	keine Angabe	keine Angabe
	SCHWIDDER	1965	Hemmung	keine Angabe	keine Angabe
	JORES	1960	Hemmung	keine Angabe	keine Angabe

Aggression	SCHWIDDER	1950/ 51	Hemmung häufig (Fehlen der Trotzphase, Kinder im Schulalter meist still und brav)	46 ,	keine Angabe

Geborgenheit	ENKE u. MICHLER	1967	fehlt häufig	31 Männer	17 Asthmatiker 54 Herzranke 13 Colitis gravis

Tab. 9: Darstellung der geprüften Häufigkeitsunterschiede der genannten Patientengruppen gegenüber den entsprechenden Vergleichspersonen für die angegebenen Merkmale. Zur Bewertung der angegebenen Irrtumswahrscheinlichkeiten s. S. 13- 14.

+ : χ^2 - Test + : Fisher - Test - : nicht geprüft;
die leeren Felder beinhalten statistisch unauffällige Ergebnisse

untersuchte Merkmale der frühen Kindheit	<u>Rasemühle</u>				<u>Eppendorf</u>			
	Magen		Asthma		Magen		Asthma	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Vater in den ersten 5 Jahren vorhanden								
Vater und zweite männliche Person					häufig +: p ≤ 1%			
Vater streng			selten +: p ≤ 10%					
Vater jähzornig								
Vater Dulder			häufig +: p ≤ 10%					
Vater überfürsorglich	-	-	-	-				
Vater im Affekt unauffällig			häufig +: p ≤ 5%					
Vater läßt Frau bestimmen								
Vater geizig								
Vater verschwenderisch								
Vater in Bezug auf Besitz unauffällig								
von Vater sexuell aufgeklärt			häufig +: p ≤ 1%					
Vater Pedant								
Vater in Bezug auf Ordnung unauffällig			häufig +: p ≤ 10%			häufig +: p ≤ 10%		
Vater herb						häufig +: p ≤ 10%		

Fortsetzung Tab. 9:

untersuchte Merkmale der frühen Kindheit	<u>Rasemühle</u>		<u>Eppendorf</u>	
	Magen	Asthma	Magen	Asthma
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Vater gab zuviel Zärtlichkeit				
Vater in Bezug auf Zärtlichkeit unauf- fällig				
Vater verlangte zuviel Sauberkeit			häufig + : p 10%	
Vater in Bezug auf Sauberkeit unauf- fällig			selten + : p 5%	
Mutter in den ersten 5 Jahren vorhanden				
Mutter und zweite weibliche Person				
Mutter streng				
Mutter jähzornig				
Mutter Dulder				
Mutter überfürsorglich	-	-	-	häufig + : p 5%
Mutter im Affekt unauffällig				
Mutter in Bezug auf Besitz unauffällig	selten + : p 5%			
Mutter sparsam für Familie				
Mutter geizig	häufig + : p 5%		selten + : p 10%	
Mutter Pedant				
Mutter in Bezug auf Ordnung unauffällig				selten + : p 10%

Fortsetzung Tab. 9:

untersuchte Merkmale der frühen Kindheit	<u>Rasemühle</u>		<u>Eppendorf</u>	
	Magen	Asthma	Magen	Asthma
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Mutter in Bezug auf Sauberkeit unauffällig				
Mutter verlangte zuviel Sauberkeit				
Mutter gab zuviel Zärtlichkeit			häufig +:p<5%	
Mutter herb				
Mutter in Bezug auf Zärtlichkeit unauffällig				
von Mutter sexuell nicht aufgeklärt	selten +:p<1%			
als Kind still				
als Kind lebhaft				
als Kind im Affekt unauffällig				
als Kind Eßstörungen				
als Kind Anführertyp				
als Kind Kontakt- schwierigkeiten				
als Kind in Bezug auf Kontaktfähigkeit unauffällig				
als Kind Schwächling				
in Kindheit war Ent- wicklung unauffällig	-	-	-	häufig +:p<5%
Spätentwickler	-	-	-	häufig +:p<5%

Fortsetzung Tab. 9:

untersuchte Merkmale der frühen Kindheit	<u>Rasemühle</u>				<u>Eppendorf</u>			
	<u>Magen</u>		<u>Asthma</u>		<u>Magen</u>		<u>Asthma</u>	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Geschlecht wurde von Eltern abgelehnt	-	-	-	-				
Pat. lehnte eigenes Geschlecht selbst ab	-	-	-	-		häufig ++p<5%		
als Kind erwünscht	-	-	-	-				
Einzelkind								
jüngstes Kind								
ältestes Kind								
an ein Elternteil fixiert	-	-	-	-				
an Vater fixiert	-	-	-	-				
an Mutter fixiert	-	-	-	-				
Mutter dominiert in elterlicher Ehe								
elterliche Ehe nicht pathologisch	-	-	-	-				
elterliche Ehe unauffällig								
elterliche Ehe dys- harmonisch, lieblos						häufig ++p<10%		
elterliche Ehe ag- gressionsfeindlich, moralisierend, streng religiös								
Vater mehr als 10 J. älter als Mutter	-	-	-	-				
Mutter älter als Vater	-	-	-	-		häufig ++p<1%		

Fortsetzung Tab. 9:

untersuchte Merkmale der frühen Kindheit	<u>Rasemühle</u>				<u>Eppendorf</u>			
	Magen		Asthma		Magen		Asthma	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Mutter berufstätig	+	-	-	-				
Vater in verantwort- licher Stellung	-	-	-	-				
Vater Akademiker	-	-	-	-				
Vater Angestellter oder Beamter								
Vater Selbständiger								
Vater Handwerker	selten +: p ≤ 10%							
Vater Arbeiter								
Eltern arm								
Eltern reich								
Eltern in mittleren Verhältnissen								
Großstadtmilieu							häufig +: p ≤ 10%	
städtisches Milieu								
ländliches Milieu			selten +: p ≤ 10%					

Tab. 10: Darstellung der Häufigkeitsunterschiede der Asthmatiker gegenüber den Magenkranken. Es wurden sämtliche in Tab. 9 aufgeführten Merkmalskombinationen geprüft, aber nur die "auffälligen" Ergebnisse dargestellt. Zur Bewertung der angegebenen Irrtumswahrscheinlichkeiten s.S. 13- 14.

+ : χ^2 - Test † : Fisher - Test

untersuchte Merkmale der frühen Kindheit	Rasemühle		Eppendorf	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Vater und zweite männliche Person		häufig †: p≤5%	selten †: p≤10%	
Mutter geizig		häufig †: p≤5%		
von Mutter sexuell nicht aufgeklärt				selten †: p≤10%
Pat. lehnte eigenes Geschlecht selbst ab				selten †: p≤5%
elterliche Ehe aggressionsfeindlich, streng religiös, moralisierend			häufig †: p≤10%	
Mutter älter als Vater			häufig †: p≤10%	
jüngstes Kind			selten †: p≤5%	
ländliches Milieu	selten †: p≤5%			

Die dargestellten Unterschiede beziehen sich auf die Asthmatiker, also z.B. Mütter bei asthmatischen Männern aus Eppendorf sind häufiger geizig als bei magenkranken Männern.

Tab. 11: Die Ergebnisse in der Literatur im Vergleich zu eigenen.

untersuchter Faktor	Literatur		eigene Ergebnisse	
	Asthmatiker	Magenkranke	Asthmatiker	Magenkranke
Mutterbindung	ambivalent ENKE, MICHLER, MITSCHERLICH		statistisch kein Unter- schied nachweisbar	statistisch kein Unter- schied nachweisbar
	nicht gelöst ALEXANDER, JORES, SCHWÖBEL, VÖLKEL	nicht gelöst HØJER-PEDERSEN JORES		
Ablehnung der Kinder durch die Mutter	häufig ALEXANDER, JORES, VÖLKEL	-	statistisch kein Unter- schied nachweisbar	weibl. Pat. aus Eppendorf lehnten eigenes Geschlecht ab
Mutter dominiert	häufiger ENKE, MICHLER, JACOBS u. Ma	-	statistisch kein Unter- schied nachweisbar	statistisch kein Unter- schied nachweisbar
Altersunterschied der Eltern	hoch ENKE, MICHLER	-	bei männl. Pat. aus Ep- pendorf war Mutter oft älter als Vater	statistisch kein Unter- schied nachweisbar
inkomplette Familien	häufig ENKE, MICHLER	häufiger SCHWÖBEL		
	seltener SCHWÖBEL	selten ENKE, MICHLER		
	keine Auf- fälligkeiten JORES, v. KERÉKJARTO	keine Auf- fälligkeiten KELLOCK	statistisch kein Unter- schied nachweisbar	statistisch kein Unter- schied nachweisbar
Familienmilieu	dysharmonisch bei allen Gruppen ENKE, MICHLER	Familienkon- flikte der Eltern häufig ENKE, MICHLER	statistisch kein Unter- schied nachweisbar	bei männl. Pat. aus Eppendorf dysharmonisch
ein Elternteil streng	-	häufiger SCHWIDDER	statistisch kein Unter- schied nachweisbar	bei weibl. Pat. aus Hasemühle seltener streng

Fortsetzung Tab. 11:

untersuchter Faktor	<u>Literatur</u>		<u>eigene Ergebnisse</u>	
	Asthmatiker	Magenkranke	Asthmatiker	Magenkranke
Geschwister	wenig, oft einzigste Söhne ENKE, MICHLER	wenig, häufig Einzelkinder ENKE, MICHLER	statistisch kein Unter- schied nachweisbar	statistisch kein Unter- schied nachweisbar
	keine Auf- fälligkeiten JORES, v. KEREKJARTO	keine Auf- fälligkeiten KELLOCK		
Sauberkeits- erziehung	häufiger früh und streng JORES, v. KEREKJARTO, THIEMANN	-	bei männl. Pat. aus Ep- pendorf ver- langte Vater oft zuviel Sauberkeit	statistisch kein Unter- schied nachweisbar
Besitzstreben	durch Eltern gehemmt JORES	durch Eltern gehemmt JORES, SCHWIDDER	statistisch kein Unter- schied nachweisbar	bei männl. Pat. aus Eppendorf war Mutter sel- tener geizig, bei denen aus Rase- mühle dagegen häufiger
Aggression	gehemmt VÖLKEL	gehemmt SCHWIDDER	statistisch als Kind nicht häufi- ger still	statistisch als Kind nicht häufiger still
Kontaktfähigkeit	gehemmt HOFFMANN, JORES, SCHWÖBEL	-	statistisch kein Unter- schied nachweisbar	statistisch kein Unter- schied nachweisbar
Leben in der Großstadt	häufiger STAEHELIN	-	männl. Pat. leben häufi- ger in einer Großstadt	statistisch kein Unter- schied nachweisbar
Religiosität	häufiger areligiös JORES, v. KEREKJARTO	-	Tendenz zur Areligiosi- tät war sta- tistisch nicht zu sichern	-

Literaturverzeichnis

- ALEXANDER, F.: Psychosomatische Medizin. Berlin: de Gruyter 1951.
- ALVARES, W.C.: Nervous Indigestion. New York: P.B.Hoeber 1930.
- CANNON, W.B.: Der Weg eines Forschers. Erlebnisse und Erfahrungen eines Mediziners. München: Rinn 1948.
- CHRISTIAN, P., P.MOHR, W.ULMER, M.SCHRENK: Zur Phänomenologie der abnormen Atmung beim sogenannten "Nervösen Atmungssyndrom". Nervenarzt 26, 1955, 191-197.
- CONDRAU, G.: Psychosomatische Krankheitslehre. Z.psycho-som.Med.u. Psychoanal. 15, 1969, 90-95.
- CREMERIUS, J.: Die Prognose funktioneller Syndrome. Ein Beitrag zu ihrer Naturgeschichte. Stuttgart: Enke 1968.
- DEKKER, E., J.GROEN: Asthmatic Wheezing. Compression of the Trachea and major Bronchi as a Cause. Lancet 272, 1957, 1064-1068.
- DERBOLOWSKY, G.: Probleme frühkindlicher Informationsgewinnung im Hinblick auf die Herkunft "des Bösen". in: Derbolowsky, U. u.E.Stephan (Hrsg.): Die Wirklichkeit und das Böse. Hamburg: Christians 1970.
- DERBOLOWSKY, G.u.U.: Frühkindliche Fehlinformationen als Ursache für psychische Fehlentwicklungen und Funktionsstörungen. Materia medica Nordmark 24, 1972, 37-49.
- DERBOLOWSKY, U.: Allergieprobleme und Tiefenpsychologie. Medizinische 9, 1952, 279-282.
- DERBOLOWSKY, U.: Zur Mechanisierung der Dokumentation auf dem Gebiet der medizinischen Psychologie. Nachr.Dok. 3, 1952, 23-24.
- DERBOLOWSKY, U.: Das geistige Quantitativproblem in der Medizin und die mechanisierte Dokumentation als Lösungsversuch. Über die Verwendung von Lochkarten in der Medizin. Klin.Wschr. 31, 1953, 825-831.
- DERBOLOWSKY, U.: Die Sichtlochkartei als Nothelfer des Arztes. Münch.med.Wschr. 99, 1957, 1547-1548.
- DERBOLOWSKY, U.: Das Sichtlochkartenverfahren in der Medizin. Hippokrates 28, 1957, 469-473.
- DERBOLOWSKY, U.: Mechanized Documentation in psychosomatic Medicine. in: F.I.D.-Manual on Document Reproduction and Selection. (Loseblattsammlung). Chapter 746, 113, 1957, 3 Blätter ohne Seitenangabe.
- DERBOLOWSKY, U.: Gibt es psychogene Erkrankungen der Wirbelsäule? Hippokrates 29, 1958, 345-348.

- DERBOLOWSKY, U.: Der psychosomatische Aspekt funktioneller Wirbelsäulensyndrome. *Erfahrungsheilkunde* 12, 1963, 462-472.
- DERBOLOWSKY, U.: Die Bedeutung einer komparativen Frageweise für die psychotherapeutische Befunddokumentation. *Prax.d.Psychotherapie* 13, 1968, 66-74.
- DERBOLOWSKY, U.: Früherziehung ist Schicksal. *Hamburger Lehrerzeitung* 14, 1969, 525-527.
- DERBOLOWSKY, U.: Psychotherapeutische Befunddokumentation. Erfahrungen und Probleme. in: *Derbolowwky, U.u.D.Langen (Hrsg.): Probleme der Dokumentation in der Psychotherapie.* Frankfurt/Main: Deutsche Gesellschaft für Dokumentation 1969.
- Dokum.Geigy: Wissenschaftliche Tabellen. 6.Aufl.Basel: Geigy 1962.
- EGEN, K.: Was ist Asthma? *Hippokrates* 25, 1954, 146-149.
- EHRSTRÖM, M.CH. : Medical Investigations in North Greenland. *Acta med. Scand.* 140, 1951, 239-253.
- ENKE, H., S.MICHLER: Über einige Kriterien der Mutter-Kind-Beziehung bei männlichen Patienten mit den Symptomen: Asthma bronchiale, Colitis gravis, Herzbeschwerden und Magenbeschwerden. *Z.psychosom.Med.* 13, 1967, 108-115.
- FAULKNER, W.B.: 1941, zitiert nach VÖLKELE, H.
- FREUD, S.: Abriß der Psychoanalyse. 10.Aufl. Frankfurt/M.u.Hamburg: Fischer 1963.
- GÖTZ, R., E.SCHRÖDER, J.SCHRÖDER: Beschwerden in der Herzgegend. Ätiologie und Prognose. *Münch.med.Wschr.* 103, 1961, 2068-2075.
- GUBISCH, W.: *Hellseher; Scharlatane; Demagogen?* München/Basel: Reinhardt 1961.
- HANSEN, K.: Zur Frage der Psycho-oder Organogenese beim allergischen Bronchialasthma und den verwandten Krankheiten. *Nervenarzt* 3, 1930, 513-523.
- HARRER, G.: *Atmung und Psyche.* Wien.Wschr. 51, 1969, 884-887.
- HOFFMANN, H.: Untersuchungen zur Frage der Wirksamkeit psychischer Faktoren beim Asthma bronchiale. *Med.Welt* 38, 1961, 1938-1942 u. 40, 1961, 2078-2084.
- HØJER-PEDERSEN, W.: On the Significance of psychic Factors in the Development of Peptic Ulcer. Kopenhagen: Munksgaard 1958.
- JACOBS, M.A., S.FRIEDMANN, M.J.FRANKLIN, L.S.ANDERSON, J.J.MÜLLER, H.D.EJSMANN: Incidence of psychosomatic predisposing Factors in allergic Disorders. *Psychosom.Med.* 28, 1966, 679-695.
- JORES, A.: *Vom kranken Menschen.* Stuttgart: Thieme 1960.

- JORES, A., M.v.KEREKJARTO: Der Asthmatiker. Bern u.Stuttgart: Huber 1967.
- KELLOCK, T.D.: Childhood Factors in Duodenal Ulcer. Brit.med.J.2, 1951, 1117-1120.
- KRICHAUFF, G.: Der Asthmatiker und seine Innenwelt. Z.psycho-som.Med.2, 1955/56, 118-126.
- LANGEN, D.: Die gestufte Aktivhypnose. 3.Aufl.Stuttgart: Thieme 1969.
- LANGEN, D.: Psychotherapie. 2.Aufl.Stuttgart 1970.
- LANGEN, D.: Psychotherapie seelischer Störungen, deren Wurzel in der Lebensführung liegt. in: Derbolowsky, U.u.E.Stephan (Hrsg.): Die Wirklichkeit und das Böse. Hamburg: Christians 1970.
- METALNIKOW, N.: Role du Systeme nerveux et des Facteurs biologiques et psychiques dans l Immunité. Paris: Masson 1934.
(Monographies de l Institut Pasteur).
- MITSCHERLICH, A., C.OEHME: Bemerkungen zum klinisch-ärztlichen Allergieproblem. Hippokrates 21, 1950, 429-435.
- NOELLE-NEUMANN, E.: Umfragen in der Massengesellschaft. Einführung in die Methoden der Demoskopie. Hamburg: Rowohlt 1963.
- PFANZAGL, J.: Allgemeine Methodenlehre der Statistik. 2.Aufl.Berlin: de Gruyter 1966.
- PFLANZ, M.: Sozialer Wandel und Krankheit. Stuttgart: Enke 1962.
- REICHMANN, F.: Zur Psychopathologie des Asthma bronchiale. Med.Klin.18, 1922, 1090-1092.
- REIN-SCHNEIDER, M.: Einführung in die Physiologie des Menschen. 15.Aufl.Berlin, Göttingen, Heidelberg: Springer 1964.
- SCHULTZ, J.H.: Asthma bronchiale und Psychotherapie. Dtsch.med. Wschr.78, 1953, 389-392.
- SCHULTZ, J.H.: Das autogene Training. 13.Aufl.Stuttgart. Thieme 1970.
- SCHULTZ-HENCKE, H.: Der gehemmte Mensch. Entwurf eines Lehrbuches der Neo-Psychoanalyse. 3.Aufl.Stuttgart: Thieme 1969.
- SCHULZE, H.: Das Prinzip des Handelns in der Psychotherapie. Stuttgart: Enke 1971.
- SCHWIDDER, W.: Die Bedeutung psychischer Faktoren in der Ätiologie der Ulkuskrankheit. Psyche 4, 1950/51, 561-575.
- SCHWIDDER, W.: Psychische Faktoren bei Magen und Darmerkrankungen. Z.psycho-som.Med.1, 1954, 4-10.
- SCHWIDDER, W.: Psychogene Störungen der Atemfunktion insbesondere bei zwangsneurotischer Charakterstruktur. Z.psycho-som.Med.2, 1955/56, 98-105.

- SCHWIDDER, W.: Die Bedeutung der frühen Kindheit für die Persönlichkeitsentwicklung. Beiheft zur Prax.Kinderpsychol. 5, 1962, 7-23.
- SCHWIDDER, W.: Psychosomatik und Psychotherapie bei Störungen und Erkrankungen des Verdauungstraktes. Dok.Geigy:Acta psychosom. 7, 1965.
- SCHWÖBEL, G.: Psychosomatische Studien über das Asthma bronchiale. Die Charakterstruktur des Asthmaticus. Ärztl.Forsch. 3, 1949, 475-488.
- SPEER, E.: Vom Wesen der Neurose. 2.Aufl.Stuttgart: Thieme 1949.
- SPIEGELBERG, U.: Colitis ulcerosa in psychiatrisch--neurologischer Sicht. Stuttgart: Enke 1965.
- STAEHELIN, E.: Allergie in psychosomatischer und soziologischer Sicht. Stuttgart: Thieme 1961.
- STRÜBING, P.: Über Asthma bronchiale. Dtsch.med.Wschr. 32, 1906, 1252-1259.
- THIEMANN, E.: Die Bedeutung der psychischen Faktoren beim Asthma bronchiale. Stuttgart: Enke 1958.
- VARTIO, T.: Earlier and later Diagnoses of hospitalized Patients with so-called functional Disorders. Ann.med.int.Finnae. 48, 1959, 45-54.
- VÖLKEL, H.: Psychische Faktoren bei Erkrankungen der Atmungsorgane. Z.psycho-som.Med. 2, 1955/56, 83-90.
- VON BERGMANN, G.: Neuere Probleme in Beziehung zur Magengeschwürsentstehung. Dtsch.med.Wschr. 73, 1948, 621-625.
- VON UEXKÜLL, TH.: Grundfragen der psychosomatischen Medizin. Hamburg: Rowohlt 1963.
- WOLFF, H.G., S.WOLFF: Studies on a Subject with a large gastric Fistula. Changes in the Function of the Stomach, in Association with varying emotional States. Trans.Ass.Am.Physicians 57, 1942, 115-127.
- ZULLIGER, H.: Umgang mit dem kindlichen Gewissen. Stuttgart: Klett 1953.

Lebenslauf

Ich wurde am 10.11.1943 in Maikammer geboren als Tochter des Obergeringieurs Paul Cullmann und seiner Ehefrau Margarete Schmitt. Ich besuchte von 1950 bis 1954 die Volksschule in Moers und anschließend das dortige Städtische Mädchengymnasium, wo ich 1964 das Abitur bestand. Ich begann mein Medizinstudium an der Philipps Universität in Marburg/Lahn, machte dort 1966 das Physikum und wechselte zum Sommersemester 1967 zur Johannes Gutenberg-Universität in Mainz. Dort legte ich im Dezember 1969 das Medizinische Staatsexamen ab. Meine Medizinalassistentenzeit absolvierte ich in der Kinderklinik der Städtischen Krankenanstalten in Darmstadt, in der I.Medizinischen Klinik der Universität Mainz, der Mainzer Universitätsklinik für Neuropsychiatrie und in der chirurgischen Abteilung des Kreiskrankenhauses Groß-Gerau. Am 6.7.1971 erhielt ich meine Approbation als Arzt. Nach einer Pause von drei Monaten begann ich im Oktober 1971 meine Facharztausbildung für Psychiatrie im Philipppshospital bei Goddelau. Seit März 1969 bin ich mit dem Arzt Claus Darmstädter verheiratet und habe zwei Kinder.



